

ÉTUDE
SUR
DEUX CAS D'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1884
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
C. BURGAT



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE
52, Rue Ferrandière, 52
—
Juillet 1884

ÉTUDE
SUR
DEUX CAS D'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

C. BURGAT



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	} Doyen.
BONDET.	
CROLAS.	
MONOYER	

ASSESSEURS.

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
Cliniques médicales	{ LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{ BONDET.
Clinique des maladies mentales	
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
	{ OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
	{ BOUCHACOURT.
	{ DELORE, professeur-adjoint.
	GAYET.
	GAILLETON.
	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé de cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, président ; M. LAROYENNE, assesseur ; MM. BOUVERET et PERRET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON BEAU-FRÈRE LUCIEN

TÉMOIGNAGE D'AFFECTION TOUTE PARTICULIÈRE

A MA BONNE SŒUR MARIE

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉPINE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0046

AVANT-PROPOS

Etudier l'hystéro-épilepsie n'est pas une tâche facile. Elle présente tellement de modalités dans ses variétés cliniques, qu'autrefois on y a vu un véritable Protée.

Malgré cela, grâce aux études des médecins de la Salpêtrière, poursuivies patiemment pendant plusieurs années et sur un nombre considérable de malades, nous possédons une foule de renseignements précieux pour l'histoire de cette névrose. On a scruté ces crises jusque dans leurs moindres détails ; on a fait une analyse minutieuse des phénomènes de l'attaque, on a suivi leur succession et leur enchaînement et présenté alors un tableau symptomatique assez complet.

On peut donc, en dépit de ses variétés cliniques, répéter après Charcot, que « dans la grande hystérie rien n'est livré au hasard, que tout se passe selon certaines lois déterminées communes à la pratique

d'hôpital et à celle de la ville, valables pour tous les temps, tous les pays et chez toutes les races, lois dont les exceptions mêmes n'affectent en rien l'universalité, puisque, quelque nombreuses qu'elles soient, elles se rattachent toujours logiquement au type fondamental. »

En résumé, l'hystéro-épilepsie mérite une place à part dans la nosographie à côté de l'épilepsie, avec laquelle elle a du reste tant d'analogie.

Pendant notre séjour dans le service de M. Lépine, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas d'hystéro-épilepsie très curieux, et présentant à divers points de vue un grand intérêt clinique. Qu'il nous suffise de dire que chez le premier de nos malades d'éminents névropathologistes ont porté tour à tour le diagnostic de myélite transverse, sclérose en plaques, épilepsie, myélite diffuse, etc.

C'est précisément à cause de l'intérêt tout particulier que présentent nos deux malades, que M. le professeur Lépine nous a fortement engagé à publier leurs observations. Qu'il veuille bien nous permettre de lui en témoigner ici notre sincère reconnaissance, ainsi que de la bienveillante sollicitude qu'il nous a prodiguée quand nous avons le bonheur d'être son élève.

De l'exposé qui va suivre, il ressortira, ce que, du reste, Charcot, Richer, etc., ont parfaitement démontré, que l'hystéro-épilepsie n'est pas comme son nom semble l'indiquer, une entité pathologique participant des deux névroses, hystérie et épilepsie ; mais bien une affection *purement hystérique*.

Aussi, imitant en cela Axenfeld, Huchard, et d'autres auteurs, nous rejetterons le terme d'hystéro-épilepsie ou plutôt, nous le réserverons pour le cas où les deux névroses co-existent simultanément et distinctement l'une de l'autre, et nous appliquerons à la maladie qui nous occupe la dénomination de grande hystérie (*hysteria major*).

Dans ce modeste travail, après avoir présenté un résumé du type classique de l'hystéro-épilepsie, nous donnerons l'histoire de nos deux malades et nous terminerons par quelques réflexions ayant pour but d'indiquer en quoi ils s'écartent de la règle générale (1).

(1) P. Richer. *De l'Hystéro-épilepsie*, 1881. Introduction par Charcot.

ÉTUDE
SUR
DEUX CAS D'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

HISTOIRE SOMMAIRE DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

Pour la commodité de la description, nous suivrons l'ordre indiqué dans le tableau suivant :

A. — *Prodromes éloignés.*

Prodromes prochains.

B. — *Attaque complète.*

1° Période épileptoïde :

Phase tonique { avec mouvements.
 { avec immobilité.

Phase clonique.

Phase de résolution musculaire et de stertor

2° Période clonique :

Phase des contorsions.

Phase des grands mouvements.

3° Période des attitudes passionnelles.

4° Période de délire.

C. — *Attaques irrégulières ou incomplètes.*

A. — *Prodromes éloignés*

On note parmi ceux-ci, des troubles des viscères, de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence ; c'est ainsi que les divers organes de la vie végétative offrent des phénomènes anormaux plus ou moins marqués, tels qu'inappétence, constriction pharyngée, tympanite, dyspnée, hoquet, rire, baillements, palpitations, etc., phénomènes dont l'intensité varie suivant chaque malade et d'une attaque à l'autre.

Si la malade présentait, dans l'intervalle de ses attaques quelqu'un de ces symptômes, à l'approche d'une nouvelle attaque, ce symptôme redouble fréquemment d'intensité. Nous n'insisterons pas sur les troubles psychiques, ils font partie du cortège bien connu de l'état mental des hystériques : le caractère est morose, taciturne, ou d'une gaité exagérée et inexplicable ; d'autres fois, les malades sont loquaces, elles gesticulent, courent, sautent d'une façon désordonnée, sans but, sans motif. Elles éprouvent des hallucinations, de la zoopsie, elles entendent des voix, etc. Ces hallucinations, dont on peut lire le récit dans les différents articles publiés par les médecins de la Salpêtrière, offrent un caractère intéressant, c'est de se montrer du côté anesthésié, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, un des troubles les plus fréquents, c'est l'hémianesthésie.

Prodromes prochains. — Les phénomènes que

nous venons de signaler débutent à une époque variable, plusieurs jours ou quelques minutes avant l'attaque. Puis, au moment où celle-ci va se déclarer la malade ressent, à l'instar de l'épileptique, une *aura* de nature spéciale, dont le point de départ, le plus souvent assez bien déterminé, réside dans l'ovaire, principalement le gauche.

Sans discuter l'opinion de Briquet et de ceux qui voulaient voir dans l'*ovarie* des hystériques une myalgie abdominale ou une simple hyperesthésie cutanée, disons que cette douleur, qui précède immédiatement l'attaque peut être spontanée ou provoquée: la malade ressent des tiraillements, des élancements; quelquefois, il se montre des vomissements, puis le pouls s'accélère, la malade éprouve la sensation classique de la boule hystérique, qui semble monter de l'abdomen ou de l'épigastre et serrer la gorge. Puis surviennent les troubles céphaliques : sifflements, bourdonnements; finalement l'attaque se déclare.

Pas plus que l'accès lui-même, l'*aura* n'est immuable et toujours identique : telle malade a une aura spécialement épigastrique ou purement céphalique. Ailleurs, la région ovarienne paraît hors de cause dans la production de l'*aura*, qui est provoquée par la pression sur tel ou tel point de la surface cutanée (apophyses épineuses, etc.). Pour ces points dits *hystéroogènes*, la pression est efficace pour produire comme pour arrêter les accès, ainsi que cela est classique pour l'ovaire.

B. *Attaque complète.*

L'attaque complète débute comme une attaque d'épilepsie. La première période, en effet, dite épileptoïde, est formée par la succession de *convulsions toniques et cloniques*, de résolution, de stertor. Dans cette première période il y a *perte de connaissance* et arrêt de la respiration. La perte de connaissance, attribuée autrefois uniquement à l'épilepsie, existe dans la grande hystérie, mais seulement à la première période. Il n'y a pas de cri, et la chute est moins brusque que dans l'épilepsie. Mais nous croyons que ce n'est pas à cette période qu'il faut chercher une différence capitale entre ces deux névroses : c'est dans la succession et dans l'ensemble des phénomènes de l'attaque hystérique, dont la période épileptoïde n'est qu'un élément, que nous trouverons des caractères distinctifs d'une valeur incontestable.

Quoi qu'il en soit, ce sont des convulsions toniques qui ouvrent la scène : la face est grimaçante, la tête se roidit quelquefois, elle est en rotation ; la respiration est arrêtée, le cou se gonfle, les membres sont agités de mouvements qui affectent, en général, la même modalité pour une même malade. Ce sont des mouvements de flexion de poignet, de pronation, d'extension des jambes, etc. ; tous ces mouvements se produisent avec une certaine lenteur et prédominent

souvent d'un côté. Puis, à ces mouvements succède l'immobilisation tétanique, avec extension du tronc, cou gonflé, face cyanosée, la *bouche écumante*, les poignets fléchis, les poings fermés.

Cette immobilisation dure peu et fait place aux mouvements cloniques, qui débutent par une sorte de trémulation dans l'un des membres ; les oscillations grandissent, se généralisent ; il y a des mouvements respiratoires irréguliers accompagnés de sifflements. Au bout d'un temps plus ou moins long, les oscillations diminuent d'intensité, d'amplitude et de fréquence, la résolution musculaire a lieu, la période épileptoïde, dont la durée n'excède jamais 5 à 6 minutes, est terminée. En plus d'un point elle figure, à s'y méprendre, l'attaque d'épilepsie ; on y rencontre la plupart des symptômes du mal caduc, même les phénomènes oculo-pupillaires, puisque la pupille reste contractée pendant cette période, et la pâleur de la face. C'est de l'adjonction des périodes suivantes, que *l'hystérie major* tire en quelque sorte son individualité ; car rien de ce qui va suivre ne se retrouve dans l'épilepsie.

2° En effet, à la résolution et au stertor, succède la période clonique, que les auteurs ont décomposée en deux parties ; d'abord on observe des contorsions, (*attitudes illogiques de Charcot*), qui donnent à la malade des positions souvent bizarres, et dont la plus fréquente est celle d'un *arc de cercle*, avec différentes variétés, comparables aux modalités bien connues du tétanos (*opisthotonos, emprosthotonos, pleurosthotonos*) ; puis ce sont de grands mouve-

ments étendus, assez rapides; quelquefois la malade pousse des cris, se frappe, cherche à frapper et à briser tout ce qui l'entoure, comme prise d'un violent accès de fureur. La connaissance est revenue en partie.

« Pendant la première période, la perte de connaissance est supprimée, mais non dans les suivantes. Si l'on arrête, par la compression de l'ovaire, l'attaque épiléptoïde, la malade ne se souvient de rien, ce qui n'a pas lieu quand on arrête l'attaque à une période subséquente, » (Richer.)

La respiration s'accomplit à peu près régulièrement, la bouche n'est pas écumante, les contorsions sont d'une durée relativement longue, ce qui permet de les distinguer des convulsions de la première période.

3° Un des points les plus curieux de l'attaque d'hystérie, et l'un de ceux que les travaux modernes ont le mieux mis en relief, c'est l'existence des attitudes dites *passionnelles*, qui constitue la troisième période. Ces attitudes constituent une mimique véritable, reproduisant les impressions qu'éprouve la malade sous l'influence des différentes hallucinations qui l'assiègent à ce moment. Nous ne pouvons songer à reproduire ici, même brièvement, les différentes formes de ces attitudes; elles varient suivant les malades qui reproduisent, dans ces attitudes, les impressions diverses qu'elles ont ressenties dans le cours de leur existence. M. Charcot et ses élèves ont analysé en détail et reproduit de nombreuses observations de faits semblables, qui sont aujourd'hui con-

nus de tout le monde, nous n'insisterons pas; ajoutons seulement que, pendant cette période, l'anesthésie sensorielle et cutanée est complète.

4° Toujours sous l'influence probablement des hallucinations dont nous venons de parler, la période des attitudes passionnelles terminée, celle de délire commence, ou plutôt, elle n'est que la prolongation de la troisième période. La malade parle avec vivacité, revoit les principaux faits de sa vie, entend des sons bizarres, voit des animaux, etc.; enfin, la terminaison de l'accès est annoncée par une diurèse abondante. Ce délire varie donc, comme les attitudes passionnelles, suivant les malades, ainsi qu'on le voit dans les observations de Charcot.

Ces quatre périodes constituent l'attaque d'hystérie durant de 30 minutes à 1 heure en moyenne, le délire ayant une durée des plus variables.

C. — *Attaques irrégulières ou incomplètes.*

Le tableau rapide que nous venons d'esquisser comporte l'attaque d'hystérie complète, mais là, comme pour bien d'autres maladies, il faut s'attendre à trouver des cas incomplets, même des cas irréguliers, qui semblent défier toute assimilation avec les travaux qui ont servi à construire le type. Mais une analyse rigoureuse ramène ces cas à la description générale, si l'on veut bien les considérer comme des accès, dans lesquels domine telle ou telle période, les

autres périodes étant restées très courtes ou même s'étant effacées complètement devant l'importance prépondérante d'un symptôme particulier. Ainsi, la période épileptoïde peut être prédominante et la malade tomber en état de *mal épileptoïde*, constitué par une série d'attaques épileptoïdes se succédant sans interruption. Ailleurs, un simple vertige, accompagné de trémulation des paupières, de quelques soubresauts, remplace l'attaque épileptoïde.

De même, la seconde période peut exister seule ou prendre une importance exagérée; les grands mouvements, avec toute leur bizarrerie, se montrent seuls, ou bien, au contraire, ce sont les contorsions (attaque démoniaque). De même encore, la période des attitudes passionnelles peut absorber à son profit toute la durée de l'attaque; de là les formes variées de l'*extase*. Enfin, le délire lui-même peut être la manifestation capitale de l'attaque; quelquefois même il existe seul, non précédé ni accompagné d'aucun phénomène d'apparence hystérique, et l'on se trouve alors en face d'une forme larvée de l'hystérie. Mais disons-le de suite, cet isolement est rare, même pour la forme délirante, et alors que la prédominance d'un des phénomènes particuliers de la grande attaque hystérique masque les autres accidents, néanmoins ceux-ci ne laissent pas que de se laisser entrevoir, au moins ébauchés, ce qui permet de reconnaître la nature hystérique de l'accès.

De même que dans l'épilepsie, les accès peuvent se succéder à intervalles très rapprochés, et même être subintrants, un nouvel accès se déclarant alors que le

précédent n'est pas arrivé à sa dernière période. On comprend qu'une ou plusieurs périodes peuvent ainsi être supprimées et l'état épileptoïde occuper seul la scène, ce que nous avons déjà signalé en parlant des attaques incomplètes. Or, dans ce cas, qualifié d'*état de mal hystérique*, aussi bien que dans l'état de mal épileptoïde, on note plusieurs caractères qui permettent, indépendamment des phénomènes antérieurs d'attaques déjà observées ou d'accidents hystériques entre les attaques, qui permettent, disons-nous, de distinguer cet état du mal épileptique. Dans ce dernier, on observe toujours une élévation de température, qui manque dans l'hystérie ou du moins qui s'y rencontre toujours à un moindre degré (39°, 40° et même 41° dans le premier cas, 38° dans le second); l'état général est conservé après l'état de mal hystérique; il n'y a pas d'incontinence d'urine, c'est le contraire dans le mal épileptique. Enfin, celui-ci n'est pas modifié par la compression des ovaires, qui influence souvent l'attaque hystérique, en l'arrêtant au milieu de son évolution.

Evidemment, ce que nous venons de décrire ici ne représente que la généralité des cas, ou, pour mieux dire, ce qu'il a été donné d'observer de plus général dans les cas particuliers observés par les auteurs; mais, comme le fait remarquer Axenfeld « les symptômes dont elle se compose peuvent se combiner de mille manières, et offrir tous les intermédiaires imaginables entre une légère dyspnée accompagnée de palpitations et de quelques secousses dans les membres, jusqu'aux convulsions universelles avec perte

absolue de connaissance. » On doit donc s'attendre à rencontrer de nombreuses variations dans la façon d'évoluer de la crise hystérique : les causes déterminantes de l'accès, les habitudes antérieures, le tempérament, l'imitation, l'âge, peuvent, dans une certaine mesure, rendre compte de ces différences. (Briquet.)

Quelquefois (1), les convulsions sont d'une autre nature et donnent lieu à l'attaque de spasmes (Briquet) consistant en serremments, en tiraillements à l'épigastre, au pharynx, etc. ; le tout précédé d'un changement d'humeur, d'inquiétude, de palpitations et se terminant par de la diurèse, des sanglots, un peu de céphalalgie et de courbature. Ailleurs, ce sont des convulsions laryngées, avec aphonie, aboiements, etc. Nous nous contenterons de signaler le somnambulisme, la léthargie et autres états analogues qui coïncident si souvent avec l'hystérie, et dont l'étude a fourni de si curieux résultats dans ces dernières années à MM. Charcot, Bourneville et Regnard. Nous ne voulons que les mentionner ici, car une analyse, même sommaire de ces différents états, de leur mode d'apparition, de leurs particularités chez les hystériques, exigerait des développements que ne comporte pas notre travail.

Telle est l'hystérie convulsive, qu'on pourrait appeler typique. Elle alterne, le plus souvent, avec

(1) Axenfeld : *Traité des névroses*, traduit et annoté par Huchard, 1883

l'hystérie non convulsive ; celle-ci peut même exister seule pendant quelque temps, puis faire place à la forme convulsive. C'est vers l'âge de 15 à 25 ans qu'elle est le plus fréquente, et l'on a remarqué (Briquet) que l'hystérie contractée par les jeunes filles est plus rebelle que celle apparue chez des personnes avancées en âge.

En lisant cette description sommaire de l'hystéro-épilepsie, on aurait tort de croire que ce tableau symptomatologique renferme l'histoire de la maladie dans toutes ses formes plus ou moins variées et bizarres ; comme pour beaucoup d'autres affections, il faut voir des malades plutôt que des maladies, avec des symptômes et une évolution bien déterminée. L'hystéro-épilepsie, cette névrose capricieuse par excellence, doit être rangée dans cette catégorie ; et nous sommes loin de prétendre d'avoir fait connaître toutes ses variétés. Nous avons rappelé le type classique, la grande hystérie de la Salpêtrière, à l'étude de laquelle il serait difficile d'ajouter des particularités intéressantes.

Ce que nous désirons seulement, c'est compléter le chapitre mentionné seulement par M. Richer, des cas de grande hystérie avec *attaques irrégulières ou incomplètes*.

Tel était le cas des malades dont nous présentons ici l'histoire.

PREMIER CAS

G..... Jean, 44 ans, employé de commerce, né à Millas (Pyrénées-Orientales), entré le 4 décembre 1883.

Père goutteux. Comme antécédents pathologiques, une affection grave à l'âge de 3 ans, une méningite, dit-il, sans suites sérieuses. Bonne santé jusqu'en 1876; il avait alors 36 ans. Ce malade n'est pas syphilitique, il a été examiné minutieusement à ce point de vue par Ricord. On trouve comme antécédents étiologiques de sa maladie des abus d'absinthe en Afrique et surtout des excès vénériens; le malade avoue que dès l'âge de 18 ans, il montrait une exaltation marquée du sens génital, et que la moyenne de ses rapports sexuels était de six tous les jours, depuis 18 ans jusqu'à 36.

Le début de sa maladie fut brusque; après une violente émotion, il perdit connaissance, fit une chute d'un troisième étage sur un tas de foin. On le releva sans aucune trace de lésions, mais il fut tout à fait inconscient pendant 24 heures, en proie à une agitation extrême et à un délire furieux, se levant fréquemment pour frapper un ennemi imaginaire.

Quand il reprit connaissance, il se sentit brisé de fatigue et incapable de se lever, retenu par une violente douleur au niveau des *deux gros orteils*, qui étaient rouges et gonflés. Puis au bout de quelques jours, il éprouve des douleurs aiguës dans

les *tibias*. Dès la troisième semaine il remarque que la marche devenait impossible la *nuît*, et de plus en plus difficile le jour, il sentait cependant que ses jambes étaient fortes. Enfin, la douleur provoquée par le moindre mouvement, le tremblement irrésistible qui s'était emparé de lui, et la perte de sensation de résistance du sol l'obligèrent à renoncer à ses tentatives.

A ce moment, la région hypothénar de chaque main devint rouge à la façon d'une espèce de tumeur érectile; bientôt après cette région était douloureuse. Il se mit aussi à souffrir vivement de la région dorsale du rachis, de la nuque et ressentit des lancées le long du sixième nerf intercostal gauche. Dans tous ces points les douleurs étaient sourdes, presque continues, avec de violentes exacerbations soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements ou de frottements. Elles ont persisté jusqu'à ce moment sans modifications notables; la douleur rachidienne a toujours été la plus pénible.

Au bout d'un mois, le pied gauche se dévia en varus; peu de temps après, il se plaça dans l'extension. Les mêmes phénomènes se produisirent du côté droit, mais quelques mois plus tard. Le malade qui, jusqu'à ce moment, avait pu marcher sur la *plante* des pieds, sans frapper du talon et sans jeter ses jambes en dehors, ne put désormais plus marcher que sur la *pointe* des pieds; les autres caractères de sa démarche se modifièrent peu. Le tremblement qui l'agitait faisait subir à tout le corps des oscillations verticales qui s'accroissaient si le malade marchait longtemps; jamais les jambes n'étaient jetées dans tel ou tel sens. En outre, la jambe gauche, plus faible que l'autre, traînait un peu et tremblait davantage.

Pendant deux ans, ces symptômes restèrent stationnaires; mais après ce laps de temps, le malade remarqua que ses ongles devenaient douloureux, s'épaississaient, croissaient très rapidement, puis devenaient noirâtres, se décollaient et tombaient, pour se renouveler et passer par les mêmes phases successives. Ce renouvellement durait six mois. En

même temps, on remarquait sur ce malade un développement exagéré du système pileux sur les membres inférieurs. Ces phénomènes se sont reproduits jusqu'à ce jour.

Dans le même ordre de faits, on put remarquer la déformation de la première et deuxième phalange des doigts, qui sont devenues noueuses depuis deux ou trois ans.

Il attire l'attention sur un autre fait, très important, dont il a souffert dès le deuxième jour de sa maladie, et qui s'est reproduit environ quinze fois par mois jusqu'à ces derniers temps où il a diminué de fréquence: c'est une sensation pénible de striction au niveau du larynx, accompagnée de bourdonnements d'oreilles et de visions bizarres, telles que croissants lumineux, fantômes. Puis sa voix devient rauque, son entourage le croit et le voit en colère; enfin, il perd connaissance, fait de grands mouvements et tombe dans un état comateux. Des attouchements au dos ou aux membres exagèrent les convulsions ou les font réapparaître. Toutefois, il prétend ne pas perdre complètement connaissance, et que, quoique ayant une obtusion complète de la vue, il entend ce que l'on dit autour de lui. Il affirme même reconnaître la voix et se rappeler ce qu'il a entendu. Un violent effort de volonté pour arrêter la crise, aidé d'une injection de morphine, suffit quelquefois à l'arrêter. Après la crise, il est abattu et a de la céphalalgie.

A ce moment de sa maladie, il avait pris jusqu'à 15 grammes de chloral par jour.

Il y a cinq ans, après une attaque, il se sentit paralysé des deux membres gauches; il ne peut pas nous dire s'il y a eu déviation de la face. Une semaine après, toujours après une attaque, il perdit complètement la vue; enfin, quelques jours plus tard, il perdait encore l'usage de la parole (encore après une attaque). Sa langue fonctionnait bien, il avait le souvenir des mots qu'il voulait, mais ne pouvait prononcer.

Pendant *trente-deux mois*, il lui fut impossible de parler; il se faisait comprendre, sans trop se tromper, au moyen des signes de l'alphabet des sourds et muets, qu'il avait appris dans

son enfance. Puis il perdit enfin un peu la mémoire des faits, et et un peu aussi celle des mots peu usités, ainsi que les adresses qu'il lui étaient familières.

Vers la même époque, les sens du goût et de l'odorat furent complètement abolis. Il n'a presque pas d'appétit, parce qu'aucun aliment n'a une saveur, ou plutôt, ils ont tous la même, celle du sable. Il souffrit, en outre, de douleurs fulgurantes le long des nerfs frontaux du côté gauche.

L'oreille gauche ne perçoit aucun son, ce qu'il attribue à une détonation de canon à ses côtés ; la droite n'a rien de particulier.

Il y a quatre ans, il a eu de l'incontinence d'urine pendant plusieurs mois, en même temps que de fréquentes pollutions nocturnes, sans aucune sensation. Elles ont continué à se produire. Quant au sens génital, il n'existe plus depuis le début de la maladie.

Il y a trois ans, la vue lui revint brusquement, et la parole quelque temps après, mais cette dernière faculté ne revint que progressivement. Dans les premiers temps où il a parlé, il articulait difficilement les mots et à voix basse. La vision fut d'abord plus parfaite à gauche, puis à droite. Il ne voyait pas le violet et le rouge, qu'il prenait pour du noir.

Son ventre est ballonné depuis plusieurs mois.

Depuis trois mois, les attaques sont plus rares, les autres symptômes, principalement les douleurs, n'ont fait que s'accroître sans rémission notable, elles sont presque continuelles et il n'est jamais plus d'une heure tranquille.

On lui a fait 300 pointes de feu le long du rachis dès la première année de la maladie jusqu'à maintenant.

Il a ensuite abusé de la morphine 10, 15 et même 18 injections hypodermiques par jour. Les bains provoquent les crises.

Sa taille est élevée, élancée, le facies est amaigri, mais non cachectique ; les traits un peu déviés à gauche.

Les pupilles sont égales, mais un peu dilatées, la langue n'est pas déviée et lorsqu'on la fait tirer, un tremblement bien marqué s'en empare.

Le membre inférieur gauche, et principalement la jambe, a diminué de volume. Les deux pieds sont déviés en *varus-équins*, il est impossible de les fléchir; les deux jambes sont dans l'extension et l'abduction, les ongles des orteils sont épais, un peu en forme d'ergot; la peau des deux éminences hypothénar est rouge. Pendant l'examen, les deux membres inférieurs, principalement le gauche, présentent un tremblement à petites oscillations. Ce tremblement se généralise aux bras et à la tête, lorsque le malade s'assied sur son lit; il cesse au repos. Si l'on veut fléchir la jambe droite, on éprouve une résistance assez considérable, mais on parvient à la fléchir; du côté gauche, on n'y parvient qu'avec beaucoup de peine et le tremblement augmente. La force musculaire est donc conservée en grande partie. Le malade peut se tenir debout, mais il tremble beaucoup; ce tremblement augmente, et il a alors de la tendance à tomber soit en avant, soit à gauche, si on lui fait fermer les yeux.

Lorsqu'il marche, il se dresse sur la *pointe* des pieds, qui *seule*, touche le parquet; à chaque pas, il fléchit la jambe d'une façon exagérée et éprouve de la tendance à plonger en avant. Enfin, tout le corps est agité d'un tremblement très marqué, consistant principalement en des oscillations dans le sens vertical. Les pas sont inégaux, il s'appuie d'avantage sur le pied droit et croit marcher dans le vide.

Si, étant couché, il veut toucher un objet placé au-dessus de son pied, il y arrive assez bien du côté droit, tout en faisant décrire à son orteil plusieurs trajets en zig-zag à côté d'une ligne directe. Mais avec le pied gauche, il ne peut pas y parvenir; le membre se met à trembler violemment, et il lui est impossible de le soulever; ou, s'il y arrive, le pied se dirige dans un sens tout à fait différent; le réflexe rotulien est à peu près normal à droite et beaucoup plus exagéré à gauche.

Par le redressement du pied, on provoque facilement de la trépidation épileptoïde; elle est extrêmement prononcée à gauche.

S'il ferme les yeux, il ne peut toucher du doigt le bout de

son nez, que grâce à deux mouvements : le premier le porte infailliblement vers l'aile du nez. Le bras gauche est notablement le moins fort.

La sensibilité tactile est complètement abolie dans les deux régions plantaires ; elle reparait vers les bords interne et externe. Au dos du pied, on trouve de l'hyperesthésie, principalement sur le gros orteil et sur le scaphoïde. On trouve également de l'hyperesthésie dans tout le reste des membres inférieurs et surtout le long de la face interne des tibias. La moindre piqure, les frottements provoquent des douleurs dans ces os, des soubresauts, des tremblements.

Il n'y a pas de retard de la sensibilité, mais il en avait il y a 2 ans ; aujourd'hui, il a de l'anesthésie à la face interne des deux genoux. La pression le long de la colonne vertébrale et sur les parties voisines est douloureuse ; à la partie inférieure de la région dorsale, elle est extrêmement pénible.

Pas de troubles de la sensibilité au tronc et aux membres supérieurs. Le malade souffre spontanément de ces divers points, ainsi que de l'éminence hypothénar.

La sensibilité à la chaleur et au froid n'est pas modifiée notablement.

Il a quelquefois de la diplopie, la vue n'est pas aussi bonne que normalement, l'œil droit voit mieux que le gauche. Pas de nystagmus.

L'odorat et le goût sont toujours abolis, la langue a conservé la sensibilité à la chaleur et au toucher ; de temps en temps la parole est embarrassée.

Anaphrodisie absolue, spermatorrhée.

Les fonctions digestives se font bien, l'abdomen est ballonné, tympanisé, quelquefois douloureux.

L'intelligence, la mémoire paraissent intactes. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines qui sont claires.

9 décembre 1883. Entré le 4 décembre 1883, il prend une crise le 9 du même mois ; cette crise survient pendant la nuit, grandes convulsions, opisthotonos.

21. Bromure de camphre, morphine.

11 janvier 1884. Depuis deux jours il ne voit pas loin, pas même le bec de gaz, et a des troubles de la vue dans la journée. Ces troubles surviennent à 8 heures du soir et durent 2 heures.

16. Suppression du bromure de camphre.

18. Les symptômes visuels persistent, bromure de camphre 1 gramme.

20. Quinine 0^{gr}. 75, les troubles visuels disparaissent.

24. Pas de quinine, réapparition des troubles visuels; on lui en redonne de nouveau.

25. L'héméralopie a été supprimée, mais il est devenu sourd.

1^{er} février. Hier, à 8 heures 1/2 du soir, il a recommencé à perdre la vue pendant quelques minutes.

3. Quinine 0^{gr}. 50. Eblouissements, mais il ne perd pas la vue.

6. Suppression du bromure de camphre.

9. Commencement de crise vive, bromure de camphre 1 gr.

10. Une petite crise pendant la nuit; il a été obligé de se soulever brusquement sur son lit, ne pouvant plus respirer, le thorax arrêté en inspiration. Il est obligé, pour faire cesser cette crampe du diaphragme, d'aspirer de l'eau par le nez. L'inhalation du bromure d'éthyle produit le même effet, mais plus accusé.

12. Le malade prend, à 5 heures du soir, un de ses spasmes; le diaphragme et les muscles de l'abdomen sont fortement contractés pendant 30 secondes; puis le spasme cesse un instant pour reparaitre une ou deux fois encore. Le pouls est à peine influencé, pas de cyanose.

15. Avant-hier, à 3 heures, crise subite, durée 5 minutes, grands mouvements, comme d'ordinaire.

19. Deux crises cette nuit, la première avec perte complète de connaissance.

2 mars. Crise subite.

5. Bromure de camphre, 1 gramme.

6. Eblouissements.

7. Sulfate de quinine 0^{gr},50. Attaque brusque hier soir ; il perd entièrement connaissance.

2 avril. Depuis une semaine, il se plaint de l'apparition de nodosités prurigineuses; on voit ce matin une plaque semblable, c'est de l'urticaire, elle occupe la partie antérieure de l'avant-bras gauche.

9 mai. Depuis 15 jours le malade mange et a des douleurs moins vives.

10. Hier, le malade a eu une attaque à 7 heures. Pas d'*aura*. Sensation de constriction au larynx, il croit sentir une boule qui *descend* jusqu'à l'épigastre; il prétend avoir prévu l'arrivée prochaine de l'attaque, à cause de la grosseur de la boule et de la persistance de cette sensation, que le malade a quelquefois pourtant sans attaque, mais l'attaque en est toujours accompagnée. A la suite de cette sensation de boule, le malade s'est fait deux injections de morphine; un quart d'heure après, il était pris de trois ou quatre convulsions cloniques, puis de raideur généralisée, qui cède au bout de vingt minutes; enfin, il perd connaissance et se réveille, abruti et sans aucun souvenir de ce qui s'est passé. Pas de cri au début, pas de morsures à la langue; céphalalgie et raideur douloureuse de la jambe gauche.

11. Menace d'attaque arrêtée par quatre injections de morphine; le malade nous fait remarquer de la rougeur symétrique aux éminences hypothénar.

12. Prodromes d'une attaque, sensations bizarres; le malade s'est fait cinq injections de morphine, la dernière à 2 heures du matin. A 8 heures, ce matin, il y a eu relâchement des parois abdominales; crampes musculaires, pas d'attaque.

13. Deux attaques hier soir. Nuit calme, tranquille.

17. Duboisine en solution à 0,007.

3. Juin. Suppression du bromure de camphre; le malade prétend qu'il lui donne mal au nez.

15. Tremblements fréquents tous les jours et à la même heure; pas de crise.

24. Crise tous les huit ou dix jours seulement, mais menaces tous les jours. Elles ont changé complètement de physiologie; elles surprennent le malade comme un coup de foudre et ne l'avertissent plus, et si, par un heureux hasard, le malade a le bonheur de la prévoir, il parvient presque toujours à la conjurer à force de morphine. Crises toniques; les grands mouvements ont disparu; ses voisins le croient mort tant l'immobilité est complète et la respiration faible. Durée de trois à dix minutes. Pas de souvenir, fatigues, tremblements et marche plus hésitante après la crise.

L'attaque ne survient plus que la nuit; le jour, c'est l'exception.

27. Pas de crise depuis plus de dix jours. L'état général s'est amélioré d'une façon surprenante; le malade avoue qu'il n'aurait jamais osé l'espérer. Il a toujours un peu d'hypersensibilité générale, surtout à la partie inférieure de la région dorsale et à la face dorsale des pieds, de sorte qu'on n'a que des données incertaines, quand on cherche à mesurer la sensibilité à l'esthésiomètre.

La marche est redevenue non seulement possible, mais normale, les contractions n'existent plus, il n'a plus de *pièds-bots*, le jeu de l'articulation tibio-tarsienne est parfait. Pourtant, si un étranger le regarde marcher, il est encore pris d'un léger tremblement.

Il n'a plus de diplopie, mais il a toujours de l'achromatopsie pour le rouge, le bleu et le violet, qu'il prend pour du noir.

Le sens du goût n'existe toujours pas, tous les aliments ont la même saveur, mais son estomac ne saurait supporter ce qui déplaît à sa vue, tout son appétit réside dans un regard. Soif ardente depuis que le mieux s'est déclaré (?) La constipation est la règle.

Régions hypothénar toujours plus ou moins rouges; cette nuance est un guide sûr pour le malade, quand elle se fonce, elle prédit une attaque à plus ou moins longue échéance, quelquefois plusieurs jours d'avance.

Il continue à prendre de la Duboisine et du bromure de camphre. Les bains n'ont pas réussi, morphine tous les jours, en injections.

A l'esthésiomètre, nous avons des données trop incertaines pour que nous puissions les mentionner ici.

La région cerviale est normale, mais la région dorsale est hyperesthésiée et a partout une perception inconsciente.

Voilà certainement un cas de névrose des plus étranges et sur lequel on pouvait poser tous les diagnostics, sans crainte d'être réfuté, dans les premiers temps du moins de la maladie.

Les douleurs et le gonflement que le malade a présentés au début ont pu simuler à s'y méprendre une attaque de goutte ou de rhumatisme, diagnostic qui, du reste, a été porté par un praticien de Paris appelé à cette période de la maladie.

Les douleurs ostéocopes qui ont accompagné les accidents nerveux du début de la maladie, ont fait penser à une myélite de nature syphilitique. Il n'a fallu rien moins que l'autorité de M. Ricord pour rejeter cette supposition.

La marche incertaine et titubante, le tremblement rythmique, les paralysies, les convulsions toniques et les troubles trophiques que notre malade a présentés appartiennent aux différentes périodes de la sclérose en plaques. Les phénomènes cérébraux-oculaires consistant dans l'affaiblissement de la vue, la diplopie, l'embarras de la parole, etc., ainsi que le tremblement des membres, de la tête et de la langue apparaissant à l'occasion des mouvements volontai-

res, cessant au repos, sont bien des symptômes de sclérose en plaques.

Enfin, les douleurs fulgurantes, les douleurs en ceinture, l'altération de la sensibilité avec intégrité de la motilité, l'amblyopie et l'amaurose, symptômes que notre malade a manifestement présentés donnent raison à d'autres savants qui ont traité ce malade pendant son séjour à Paris pour une ataxie locomotrice progressive.

Cependant, après un examen approfondi des symptômes et surtout de la marche de la maladie, nous arrivons, avec M. le professeur Lépine, à conclure qu'il s'agit ici d'un cas de grande hystérie. En effet, à la suite d'excès alcooliques, notamment d'absinthe et aussi d'excès génésiques, le malade a eu sa première attaque, après avoir présenté pendant plusieurs mois ces symptômes d'affections diverses et étrangères à celle qui nous occupe.

La première attaque fut brusque, dépourvue des prodromes qui précèdent habituellement l'attaque d'hystéro-épilepsie; prodromes qui manquent souvent et ne sont pas indispensables pour conclure à la nature hystérique de la maladie. Du reste, si ces prodromes ont manqué avant la première attaque, il n'en fut pas ainsi pour les autres attaques. Le malade accuse, en effet, une sensation pénible de striction à la gorge, des bourdonnements d'oreilles, des visions bizarres et une coloration rouge des éminences hypothenar; tout autant de signes prodromiques qui accompagnèrent et prédirent les attaques suivantes.

Quant à l'attaque elle-même, elle se fait surtout

remarquer par la variété de ses formes, par le désordre qui y préside et d'un jour à l'autre on ne retrouve plus la même physionomie.

L'attaque *classique*, comme nous le disions dans le tableau qui précède, se compose de trois périodes qui se succèdent habituellement dans un ordre déterminé. Chez notre malade, rien de semblable. Nous retrouvons bien certains symptômes pathognomoniques de la grande hystérie, tels que l'instantanéité de l'attaque et la chute plus ou moins immédiate, le cri (qui n'a pas toujours lieu chez notre malade), la perte de connaissance, qui pourtant n'existe pas constamment *dès le début de l'attaque*, la présence de l'écume à la bouche et l'état comateux, etc. ; mais tous ces symptômes, que l'on retrouve isolément, se produisent, se succèdent ou font défaut, sont remarquables surtout par l'irrégularité de leur apparition.

La période des attitudes passionnelles fait complètement défaut.

Quant à la période de délire, la dernière dans la marche classique de la maladie, nous la trouvons d'emblée à la première attaque de notre malade, elle est de longue durée, se produit une seule fois, et ne se montre plus dans le courant de la maladie.

Cette névrose bizarre dans ses débuts (puisque nos plus distingués cliniciens ont porté des diagnostics différents selon l'époque où le malade leur était présenté), dans sa marche et ses manifestations, offre une étude fort intéressante, et nous ne pouvons que signaler à l'attention, sans oser les commenter,

quelques phénomènes curieux de l'histoire de ce malade. Comment, en effet, interpréter ces colorations des éminences hypothénar, qui, semblables à des tumeurs érectiles, annoncent une attaque. Que dire de ces sortes de contractures déterminant de véritables *pieds-bots* et cessant tout à coup sans laisser aucune gêne de la marche ? La perte de certains sens n'est pas moins curieuse, et on voit avec étonnement ce malade *aveugle* et *muet* pendant 32 mois, recouvrer tout d'un coup et sans cause connue l'usage de la vue et de la parole, sans retrouver d'autres sens, tels que celui du goût, de l'odorat et le sens génital, qui disparurent, eux aussi, dans les mêmes conditions, mais sans retour, du moins jusqu'à ce jour.

En terminant, nous ferons remarquer qu'il s'agit d'un cas d'hystéro-épilepsie chez un *homme*, chose rare, qu'il faudrait peut-être attribuer aux excès génésiques qui ont pour ainsi dire efféminisé son système nerveux. Du reste, nous ne sommes pas les premiers à croire que ces sortes de névroses ne se rencontrent que chez des hommes ayant abusé du coït et de l'onanisme ; observées surtout chez des hommes voués au célibat.

Enfin, la terminaison heureuse de la maladie, par la guérison presque complète, n'est-elle pas une preuve de la nature hystérique de l'affection, et ne doit-elle pas nous faire rejeter toute hypothèse de lésion organique ? Il nous semble que nous pouvons répondre par l'affirmative.

DEUXIÈME CAS

DÉBUT DE LA SOMNOLENCE

Marie L..., 19 ans, repasseuse, née à Chalamont, demeurant à Lyon, entrée le 6 octobre 1883.

La mère de cette malade est morte à 36 ans, hydropique. Son frère est mort à 20 ans, avec des troubles cérébraux, et sa sœur est morte à 7 ans d'une méningite.

Bonne santé antérieure, la malade est réglée depuis 13 ans et éprouve de temps en temps depuis cette époque un peu de céphalalgie.

Le début de sa maladie remonte à six semaines : elle a été prise, en mangeant, d'un sommeil irrésistible. A son réveil, deux heures après, elle ressentit de la lassitude et s'est souvenue de son accident. Des faits semblables se sont reproduits, mais la malade n'en a pas gardé le souvenir. Enfin, elle a eu des attaques convulsives avec cris quelquefois, mais non toujours, chute, convulsions cloniques avec perte absolue de la mémoire après l'événement. Quelquefois la malade présent l'attaque par des borborygmes, une sensation de constriction dans l'abdomen, à l'épigastre. Pas de sensation franche de boule hystérique, sommeil agité. La malade a eu de nombreuses attaques, tous les deux ou trois jours environ ;

ne s'en souvient pas et éprouve une grande lassitude. Céphalalgie frontale intense et fréquente, même dans l'intervalle des crises.

Fille de parents très petits, elle est elle-même peu développée et très anémique. Elle a un nasonnement de la voix qui serait congénital; elle n'a pas maigri, mais elle est peu forte. A l'auscultation, bruit veineux continu très marqué dans les vaisseaux du cou. Pas de modification apparente du côté de la sensibilité cutanée. Pas d'exagération des réflexes.

Pression sur l'ovaire gauche très douloureuse. Quelques râles sibilants vers la partie moyenne des deux poumons. Bromure de camphre, une pilule de 0,20 gr.

11 octobre 1883. Crise hier; suppression du bromure.

14. Une crise.

20. Crise hier, sans symptômes prémonitoires. Pas de cri; chute en avant; mouvements des bras, de torsion des bras et du tronc. Mouvements exclusivement cloniques. Pas d'opisthotonos. La crise a duré trois quarts d'heure, il y a eu quatre reprises. Pendant les intermittences, les yeux à demi-fermés s'ouvrent de nouveau, alors le regard est fixe, les pupilles sont normales, la respiration haletante. Pas d'écume à la bouche, pas de souvenir des intermittences. Depuis hier, la malade a de la céphalalgie; elle dort, mais d'un sommeil interrompu; elle est fatiguée, brisée.

24. Crise hier soir, ressemblant à la précédente.

25. Crampes d'estomac; on lui donne quatre gouttes noires dans 100 grammes d'eau.

28. Ce matin, à 8 heures, la malade prend une crise, sans cause connue; elle est constituée par des accès cloniques pendant lesquels la malade agite le tronc et les quatre membres; ces accès durent un quart de minute. Dans l'intervalle, qui dure au moins une minute, flaccidité complète. La respiration est rapide et s'accompagne de gémissements à chaque expiration. Soit pendant les crises, soit dans les intervalles, les yeux sont clos, les pupilles dilatées, la face rouge, les piqures à la face et aux membres ne sont pas ressenties, mal-

gré les picotements les plus énergiques. La pression et même l'attouchement le plus délicat, sur la paroi abdominale, provoquent des convulsions ; il en est de même de la simple piqure de la paroi, tandis que la piqure du tronc ne provoque rien. Une forte pression sur la région ovarienne provoque des mouvements, pendant lesquels la malade paraît surtout souffrir et reprendre un peu connaissance ; les pupilles sont contractées. Après cette expérience, elle est plus calme. Bromure de camphre, 1 gramme.

2 novembre. Attaque hier soir, ressemblant beaucoup à la précédente, sans cause et sans symptômes prémonitoires.

6. Douches. Bromure de camphre, 1 gramme.

7. Suppression du bromure. Oxyde de zinc, 0^{gr}. 50. Attaque de trois quarts d'heure hier soir ; grands mouvements. Cris. Ce matin, hyperesthésie du ventre à la pression et au pincement.

9. Hier, crise de peu de durée, syncope et grands mouvements. Pour la *première fois*, elle s'aperçoit qu'elle prenait mal au cœur, sans se douter qu'il s'agissait du début d'une crise. Après chaque crise elle est courbaturée, ses jambes sont brisées.

Céphalalgie après la crise, mais moins qu'après les autres.

Aujourd'hui, l'angle de la bouche est tiré en arrière et du côté droit lorsqu'elle parle ; la joue gauche reste immobile.

10. Ce matin, elle a une crise qui dure plus d'une heure ; l'état des traits persiste.

15. Depuis ce matin, la malade tremble constamment ; oscillations latérales des avant-bras avec raideur musculaire ; cette scène dure une heure.

17. Hier, à 11 heures 1/2, crise d'une demi-heure.

19. Dix pilules de Rabuteau.

2 décembre. Suppression de l'oxyde de zinc. Attaque, hier soir, à 5 heures, durée 1 heure 1/4. Aujourd'hui, on constate un souffle veineux très net ; au cœur, bruit médio-systolique.

3. Diminution légère de la sensibilité au bras gauche, à la

face, au tronc et au membre inférieur du même côté. Cette hémianesthésie date depuis 4 jours. Pas de sensibilité à la piqûre sur la moitié gauche de la langue. Si on dépose une pincée de sel sur le côté gauche de la langue, elle le tolère très bien et ne sait si on a mis du sucre ou du sel, mais sur la moitié droite on ne peut la tromper, elle crache immédiatement.

Elle prétend voir aussi bien d'un côté que de l'autre.

4. Crise caractérisée par de la somnolence; anesthésie absolue aux deux bras, pas de sang à la piqûre du côté droit.

Application de deux armatures de platine sur le côté gauche, après 12 minutes, même anesthésie; la piqûre ancienne saigne, on fait une nouvelle piqûre des deux côtés, elle saigne davantage à droite.

5. Hier, elle s'est endormie sans prendre de convulsions; on voulut la réveiller, alors elle se mit à faire de grands mouvements d'extension et d'abduction des membres supérieurs, puis retomba dans le coma du moment précédent. Application d'armatures d'argent; pas de résultat.

7. Application d'or.

8. Application de fer.

9. Application de cuivre.

12. Application de platine.

Tous ces métaux sont sans action.

Une crise est arrêtée par une injection d'apomorphine à 0,01. Anesthésie absolue.

On peut pratiquer le toucher du globe de l'œil gauche sans difficulté, la cornée sent cependant.

Elle cesse d'entendre de l'oreille gauche à 12 centimètres; pour l'oreille droite, la distance est beaucoup plus longue, 30 centimètres au moins.

Diminution des phosphènes à l'œil droit et diminution du champ visuel.

Elle ne sent rien de la narine gauche.

15. Hier soir, en sortant de la salle, elle eut une frayeur, se mit à trembler, poussa un grand cri et perdit connaissance

Elle eut le temps de s'asseoir sur une marche d'escalier, puis s'est affaissée; grands mouvements, cris inarticulés avec des intervalles de calme, mais plus courts que d'ordinaire. La sensibilité n'a pas été modifiée, elle reste abolie à gauche.

16. La malade s'est endormie à 4 heures et a pris une crise d'une heure.

18. Crise hier soir, injection hypodermique de 0^{gr}. 01 d'apomorphine; vomissements au bout de 5 minutes, et 10 minutes après elle reprenait connaissance.

22. Ce matin, à huit heures, en lisant, elle prit une crise, poussa un cri rauque et tomba en arrière, en faisant de grands mouvements. Au moment de la visite, à 8 heures 1/2, elle a du tremblement marqué aux membres supérieurs, caractérisé par de petites oscillations régulières. La tête est tournée du côté gauche; pas de nystagmus, les pupilles sont dilatées, un peu de convergence. Les joues sont plus congestionnées que d'ordinaire. La respiration est lente et s'accompagne d'un petit gémissement expiratoire. Pouls 120. Elle ne présente pas de raideur lorsqu'elle n'a pas de mouvements. De temps en temps, elle a des mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire inférieure, pas d'écume. L'insensibilité est absolue. Réflexe rotulien normal, pas de trépidation épileptoïde. La titillation de la plante des pieds provoque quelques mouvements dans les membres inférieurs et quelques convulsions dans les membres supérieurs. La température vaginale est de 37°5. Brusquement elle entrouvre les yeux, a des mouvements de pandiculation, puis reprend connaissance. Elle est très abattue, somnolente, a de la céphalalgie et la tête est très chaude.

30. Crise ce matin, à 8 heures, cris, grandes convulsions. Des injections hypodermiques d'huile phosphorée ont été faites pendant 15 jours de suite; la malade demande qu'on les supprime parce qu'elles ne lui procuraient que de la raideur.

6 janvier 1884. Elle a été prise, ce matin, d'un mouvement convulsif latent des deux avant-bras, puis elle a eu de

la contracture pendant 2 heures, le pouce légèrement replié.

11. Suppression du phosphore en injections et des gouttes noires; attaque, à 8 heures du matin, supprimée aussitôt par quelques grammes de bromure d'éthyle en inhalations; rires consécutifs.

20. Ce matin, elle a brusquement pris de la raideur musculaire dans les membres avec perte de connaissance; inhalation de 5 grammes de bromure d'éthyle, cessation des phénomènes au bout de 5 secondes; il reste un peu de raideur et de la céphalalgie.

23. Hier, la malade a eu des nausées qui se sont dissipées au bout de quelques minutes, elles sont habituellement le prélude d'une crise qui aurait avorté.

26. Crise pendant la visite; mais quelques grammes de bromure d'éthyle la suppriment aussitôt, et la malade s'endort; le bromure l'endort en contracture, qui cesse immédiatement si on lui touche le cou avec la main froide. Au bout d'un quart d'heure, le même tremblement que le précédent survient, on lui fait inhaler de nouveau du bromure d'éthyle; quelques contractures de 1 ou 2 minutes surviennent, puis des mouvements généraux; à leur suite, une période de chants populaires et d'éclats de rire succède. Le pouls, très petit, est à 120, la raideur musculaire persiste; elle a une sensation lumineuse, a des nausées et pleure; toujours de la raideur, les pupilles sont contractées, le visage gonflé, le facies enlaidi, le pouls reprend de la force, toujours à 120; enfin, elle s'éveille gracieuse, demande où elle est, et n'a plus de nausées. La raideur persiste, mais on la fait cesser par la flexion forcée, comme cela s'est fait précédemment déjà plusieurs fois; elle demande à partir, s'assoupit et pleure.

30. Ce matin, petite crise caractérisée par de la somnolence, impossible de l'éveiller; froideur très marquée de la peau, pas de cri ni de convulsions, respiration gênée. L'inhalation de nitrite d'amyle la fait chanter, et elle se réveille un quart d'heure après, se plaignant de mal de tête. Une demi-heure plus tard, elle est un peu somnolente, le pouls est

à 76; elle s'endort pendant qu'on l'examine à la visite; pupilles fortement dilatées, yeux tournés à gauche, flaccidité des membres. Quelques minutes après le début, le pouls est à 84, la face est pâle, rien au cœur. Les bras, placés dans l'élévation verticale, s'y maintiennent, les jambes sont raides, et dans l'extension. On lui souffle sur le visage, et les bras retombent immédiatement, et si on les replace en élévation, ils s'y maintiennent de nouveau.

2 février. Syncope produite par une émotion, pouls insensible.

5. Douches; crise hier soir, à 6 heures, avec le même caractère; le bromure d'éthyle la fait chanter le *Roi Dagobert*, et les paroles suivantes témoignent d'hallucinations génitales.

Les douches rendent les crises plus fréquentes, elles surviennent souvent à son retour. Faradisation.

Ce matin, elle est dans la stupeur avec cyanose, durée 25 minutes.

7. Bromure de camphre, 1 gr. A 9 heures, crise différente des autres; flaccidité des membres, aboiements.

10. Névralgie faciale. Prostration des forces; nitrate d'aconitine, 1/4 de milligr.

14. La névralgie a disparu, mais la malade se plaint de lypothymies le matin lorsqu'elle se lève; suppression du nitrate d'aconitine.

18. Névralgie faciale depuis hier très pénible; nitrate d'aconitine 1/4 de milligr.

25. A 8 heures, crise commençant par une grande accélération du rythme respiratoire et de grandes convulsions générales. La respiration reste fréquente, 80; le pouls est à 112, on lui applique le bonnet de bromure d'éthyle. Alors, elle pousse quelques cris plaintifs, se roidit en s'éveillant, fait quelques grimaces et des efforts de vomissements.

27. Café, lait glacé pour calmer les vomissements.

7 mars. Le 5 mars, vers 2 h. 1/2, la malade a pris une crise, il y avait 9 jours qu'elle n'en avait pas eu. Elle a eu une autre crise hier matin, toujours avec envie de s'étirer et des bâillements, le mal de tête a persisté toute la journée.

La malade mange très peu depuis quelque temps. Ces deux dernières crises ont duré 7 à 8 minutes ; le bromure d'éthyle procure encore le sommeil, mais plus de chants.

Vin de Colombo, douche après l'avoir pris.

8 mars. Hier soir, petite crise à l'occasion de l'avulsion d'une dent. Douche ce matin et assoupissement à son retour. Quand elle s'est réveillée, elle a éprouvé de la raideur, des tremblements des membres supérieurs. Comme d'ordinaire, les oscillations sont très petites, rythmiques, inhalations de bromure d'éthyle, aussitôt elle pousse des éclats de rire bruyants.

10. Douche ce matin et crise 10 minutes après son retour. Tremblements de même genre, mais plus larges, occupant les bras et quelquefois les membres inférieurs ; dyspnée et un peu de cyanose. On lui fait respirer du bromure d'éthyle et elle s'agite et pleure, puis redevient calme, fait de grands mouvements respiratoires ; le pouls est irrégulier et les pupilles étroites. Calme de 6 à 7 minutes, puis surviennent des hallucinations et des cris enfantins.

12 Raideur des quatre membres, les deux supérieurs sont étendus, écartés du tronc ; les avant-bras sont en pronation, les pouces dans la main. Quatre inspirations de bromure d'éthyle suffisent pour faire cesser brusquement la raideur ; elle pousse quelques cris.

20. Hier, crise d'une heure, semblable à la précédente ; ce matin, pareille crise, avec mouvements de la mâchoire. Après les inhalations de bromure d'éthyle, les globes oculaires sont dirigés en bas, les pupilles très dilatées, le pouls est petit, irrégulier, peu fréquent. La perte de connaissance n'est pas complète ; elle s'aide un peu si on veut lui faire exécuter un mouvement ; pas de raideur musculaire. La respiration est remarquablement faible, diaphragmatique.

23. La malade dort depuis trois quarts d'heure ; elle n'a pas pris de crise avant le sommeil ; elle n'est pas dans un état cataleptique et paraît insensible. Les membres inférieurs seuls sont raidis, de sorte que l'on ne voit rien au choc du

ligament rotulien. La respiration est au minimum, le pouls petit, fréquent, la pupille normale.

4 avril. Crise sans perte de connaissance, tremblement très marqué, simulant le tremblement de la paralysie agitante, contractures; l'extension arrête le tremblement qui reparaît si l'on cesse.

9. Le sang est pâle; maux d'estomac, 4 gouttes noires; suppression du bromure de camphre.

14. Crise à la suite d'une frayeur, perte de connaissance sans tremblement, durée 5 minutes.

18. Menstruation en retard de huit jours. Douleurs de reins.

23. Hier, à 7 heures du soir, crise avec agitation et délire, arrêtée par des inhalations de bromure d'éthyle; sommeil d'une heure.

25. Souffle anémique au niveau de l'artère pulmonaire.

26. Attaque, à 8 heures du matin.

28. Ce matin, pour la quatrième fois, elle est prise de mouvements convulsifs dans les membres supérieurs, mouvements rythmés cessant par le bromure d'éthyle.

29. Le sang est encore pâle.

R. 2. 810.925.

N. 4. 140.000.

G. 0. 68.

30. Une soif ardente se fait sentir après chaque tremblement des mains. Bromure de camphre, 1 gr.

5 mai. Vu la régularité de la crise, qui arrive vers 5 heures, on va essayer de faire des inhalations de bromure d'éthyle pour la prévenir; à 4 h. 1/2, la malade est endormie, elle a son attaque sans se réveiller et la crise est même plus violente.

7. La malade a pris 2 gr. de chloral vers 2 h. 1/4, on l'endort au bromure d'éthyle à 4 h. 1/2, et à 5 h., sans se réveiller, elle a une crise violente. Dès le début de cette crise elle se réveille, on l'endort de nouveau au bromure d'éthyle.

8. Bromure de camphre, 2 gr. ; on supprime le chloral ; la malade a eu deux crises hier. Maux d'estomac, cataplasmes laudanisés, crise. sulfate de quinine, 1 gr. entre 10 et 11 heures.

10. Crise à la même heure, mais moins forte et moins prolongée. Les bourdonnements d'oreilles ne sont survenus qu'à 6 h. ; aujourd'hui on donne la quinine entre 9 h. 1/2 et 10 h. 1/2.

11. La crise est survenue avec 5 minutes de retard et des bourdonnements d'oreilles. Sulfate de quinine, injection d'apomorphine. Suppression du bromure d'éthyle.

12. On fait à la malade une injection d'apomorphine de 0,01 centigr. à peine ; 10 minutes après, elle a des nausées et des vomissements, puis s'endort sans prendre de crise. Elle aurait eu un léger frisson le soir.

13. Hier, suppression de l'attaque par l'apomorphine.

15. Les injections sont continuées, en diminuant la quantité d'apomorphine injectée. L'état nauséux persiste jusqu'au lendemain, l'appétit est diminué, elle ne vomit pas, mais elle est somnolente pendant un certain temps. On supprime la quinine.

17. La crise est revenue à 4 h. ; on ne supprime pas complètement l'apomorphine et l'on redonne 0 gr. 75 de quinine.

18. Hier, crise plus violente, malgré l'injection. La crise, tonique, est survenue pendant le sommeil produit par l'injection et s'est accompagnée d'un peu d'écume à la bouche.

21. Pas de crise depuis le 17 mai.

22. Ce matin, grande crise, caractérisée par des alternatives de soupirs et de contractures, surtout toniques, avec opisthotonos, trismus, écume sanglante à la bouche et spasmes laryngés, cris étouffés. Elle a pris cinq crises toniques en 30 minutes ; on l'endort au bromure d'éthyle, qui est impuissant contre le retour des autres crises. Après la cinquième crise, on lui fait une injection d'apomorphine de 1/2 centim. cube ; elle se réveille 2 minutes après sans nausées ni vomissements, et n'a aucune connaissance de sa crise.

30. Plusieurs crises, hier, avec tremblements; et à 7 heures, grande crise hystéro-épileptique. Bromure de camphre, 1 gramme.

31. Crise avec tremblements, pendant la visite.

7 juin. Névralgie faciale gauche, comme d'ordinaire; nitrate d'aconitine $\frac{1}{4}$ de milligramme.

9. La malade dort depuis hier soir.

12. Elle va bien maintenant, on supprime le bromure de camphre.

15. Deux crises; elle n'en avait pas eu depuis 10 jours.

16. Osmiate de soude, nausées.

21. Trois attaques le matin; la première plus longue et plus violente que les deux autres. Pas de cri, grands mouvements, écume abondante à la bouche et perte complète de connaissance. Après ses crises, la malade a cherché à se rendre compte de ce qui l'entoure, il lui faut une demi-heure pour se remettre. Elle n'est nullement fatiguée, elle est gaie et a plutôt envie de chanter. Elle prétend que ses attaques d'autrefois se passaient sans douleurs, et qu'aujourd'hui, elles sont devenues pénibles et la font souffrir. Au début, la malade avait des visions d'animaux féroces prêts à la dévorer, mais tout cela a disparu depuis qu'elle écume et que ses crises sont douloureuses.

Névralgie de toute la moitié gauche du corps, nitrate d'aconitine $\frac{1}{4}$ de milligramme, cessation de la névralgie.

Les tremblements, rares maintenant, cèdent toujours à la quinine.

La vue de la malade est très affaiblie, elle ne peut fixer longtemps un objet sans éblouissements.

L'oreille gauche entend peu les bruits, et si la malade dort sur l'oreille droite elle n'entend plus rien.

Le goût et l'odorat sont à peu près normaux pour la narine droite et la moitié droite de la langue; le côté gauche perçoit moins les sensations.

L'anesthésie de toute la moitié gauche du corps persiste toujours; les réflexes sont normaux, sauf le plantaire : quand

on le produit, la malade est prise d'un violent tremblement de tout le membre inférieur.

25. Deux attaques violentes à trois quarts d'heure d'intervalle, grands mouvements, écume abondante à la bouche, pas de cri, ne se mord pas la langue. Céphalalgie, nausées, anorexie. La névralgie, qui a toujours été à gauche, occupe pour la première fois la moitié droite du corps. La malade prévoyait, du reste, ces attaques; car la période menstruelle s'accompagne toujours d'exacerbation.

Contrairement aux dernières attaques, celles-ci la laissent fatiguée, abattue, courbaturée.

29. Deux crises le 26.

A l'esthésiomètre, on trouve des différences notables entre le côté gauche et le côté droit.

		ÉCARTEMENT physiologique	
	millim.	millim.	
Côté gauche de la langue	30	4.4	
(anesthésié).....			
Pointe de la langue.....		9.0	
Lèvres.....	20	4.5	
Bout du nez.....	20	6.7	
Nuque.....	50	54.1	
Dos.....	70.5	54.1	
Lombes.....	70	40.5	
Sternum.....	120	45.4	
		Côté droit.	Côté gauche.
<i>Pied droit</i> , face plantaire.	10.5	10.5	15.7
— — dorsale..	20.5	30.5	40.5
Jambe.....	20.5	50.5	40.5
Cuisse.....	60	100.0	67.6
<i>Main</i> , face palmaire des			
doigts.....	5	10.5	4.5
<i>Main</i> , face dorsale.....	20	20.0	6.7
Avant-bras.....	20	80.0	40.5
Bras.....	50	120.5	67.6

Voilà un cas qui diffère singulièrement du précédent et que nous nous efforcerons de faire rentrer dans les formes irrégulières de l'hystéro-épilepsie.

Pendant la première période de la maladie, les crises ressemblent à s'y méprendre à une crise d'hystérie ordinaire. A part le début par une somnolence irrésistible et subite, début que nous n'avons vu mentionné nulle part, la malade présente dans ses premières attaques tous les caractères d'une hystérique. En effet, la crise commence, chez elle, par une *aura*, partant de l'ovaire gauche, une sensation de constriction à l'épigastre et à la gorge, par un clou hystérique, mais au moment critique elle prévoit l'imminence d'une crise, a le temps de s'asseoir, tombe sans se faire mal, ne perd pas complètement connaissance, se livre à quelques mouvements convulsifs, a les pupilles dilatées, et bientôt se relève, pleure ou rit, conserve la mémoire de ce qui s'est passé et reste abattue, brisée et courbaturée. Voilà un tableau suffisant pour établir la nature hystérique de ses premières crises.

A cette première période succéda une phase cataleptique bien caractérisée, chose du reste qui n'est pas rare dans l'hystérie (hystéro-catalepsie), et qui disparut rapidement pour céder la place à une forme irrégulière et incomplète de grande hystérie.

En effet, huit mois après le début de sa maladie, la malade éprouve pour la première fois des crises hystéro-épileptiques caractérisées par une perte brusque de la connaissance, avec mouvements toniques et cloniques, résolution musculaire, du stertor,

des contorsions, des grands mouvements, de l'opisthotonos très accentué, délire, zoopsie, écume à la bouche et morsures à la langue, contraction des pupilles, fréquence du pouls (112), et enfin coma qui termine la scène.

Il s'agit donc ici d'une crise d'hystéro-épilepsie dans laquelle les prodromes éloignés et prochains ont fait défaut ainsi que la période des attitudes passionnelles.

Dans une troisième période, les accidents nerveux tendent à changer de nature. En effet, en lisant attentivement notre observation, nous voyons que sous l'influence du traitement et particulièrement du bromure de camphre, la maladie tend à se dépouiller de ses caractères hystériques pour ne plus conserver que des caractères épileptoïdes. C'est ainsi que depuis quelque temps, la malade commence à avoir l'immobilité de la face, la fixité du regard, des secousses passagères, un tremblement à petites oscillations qui grandissent bientôt; prodromes qui sont bientôt accompagnés par une perte de connaissance soudaine et complète avec mouvements désordonnés.

Plus tard, les prodromes d'invasion font défaut et l'attaque se déclare d'une manière brusque sans phénomènes précurseurs. La malade, surprise par la brusque invasion, tombe n'importe où, sans cri, la tête est fixée dans l'extension forcée, les muscles du cou sont tendus, la face convulsée, les lèvres contractées et saillantes, la respiration suspendue, les veines gonflées, le pouls concentré et la sensibilité abolie.

Au bout d'un instant, des mouvements convulsifs succèdent à la raideur générale et agitent les muscles de la face, du tronc et des membres, elle écume abondamment sans se mordre la langue. Ses membres contournés sont le siège des plus violentes secousses; les poings sont fermés, le tronc renversé se soulève et retombe, se tord et roule en divers sens, enfin la respiration se rétablit par une profonde inspiration. Le pouls se développe et la crise se termine par une transpiration abondante. Ce n'est que quelques minutes plus tard que la malade reprend sa sensibilité; mais elle reste encore hébétée, et accuse une céphalalgie et une fatigue extrêmes. Bientôt elle tombe dans un sommeil lourd et prolongé, au sortir duquel elle ne conserve aucun souvenir.

Tels sont, en résumé, les caractères des derniers symptômes de la maladie qui nous font penser que pendant cette dernière période les caractères hystériques ont fait presque totalement défaut pour céder la place aux phénomènes épileptiques.

En résumé, notre malade a commencé par être purement hystérique, puis hystéro-cataleptique, pour devenir enfin, en apparence, épileptique.

Est-ce la dernière période de sa maladie ? La modalité morbide se modifiera-t-elle ? nous l'ignorons. Souvenons-nous, en tous cas, que le malade de notre première observation a passé à peu près par les mêmes péripéties et que malgré les diagnostics et les pronostics graves qui ont pesé sur lui à différentes époques, il a fini par guérir.

Nous continuerons à suivre et à étudier cette

malade, et nous nous proposons de compléter son observation.

Depuis une vingtaine de jours, il y a une très notable amélioration dans l'état de cette malade, sous l'influence de l'osmiate de soude à dose excessivement faible (un quart de milligramme par jour).

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissus entrant dans la constitution du squelette.

Physiologie. — De l'inspiration et de l'expiration.
— De l'effort.

Physique. — Application des lois de l'hydrodynamique et de la théorie des ondes à la circulation du sang et au phénomène du pouls.

Chimie. — Des corps gras en général. — Constitution chimique et propriétés.

Zoologie et Anatomie comparée. — *Toenia solium.*
— Organisation. — Ses migrations. — Ses transformations.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes d'ipécacuanhas. — Structure et fonctions des feuilles.

Pathologie externe. — Des effets locaux du froid.

Pathologie interne. — De la gastrite et de l'ulcère simple de l'estomac.

Thérapeutique. — De l'iode.

Hygiène. — Du coup de chaleur.

Accouchements. — Hémorrhagies des premiers mois de la grossesse.

Pathologie générale. — Du symptôme et du signe en général.

Ophthalmologie. — Anatomie de la zone de Zinn et de la capsule du cristallin.

Médecine opératoire. — Des hémorrhagies de la paume de la main. — Indication et moyen de les remplir.

Anatomie. — Du canal inguinal.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des lésions osseuses de la syphilis.

Anatomie pathologique. — Des lésions glandulaires qu'entraîne la rétention des produits.

Médecine légale. — Des signes propres à établir que l'enfant est né vivant.

Médecine expérimentale et comparée. — Des conditions qui permettent de reproduire expérimentalement les symptômes et les lésions de la pyohémie.

Cliniques médicales. — Des épilepsies dyscrasiques.
— Diagnostic de l'angine de poitrine.

Cliniques chirurgicales. — Indication de la résection
du coude. — Appréciation des divers procédés
opératoires, au point de vue de la reconstitution
d'une articulation nouvelle. — De l'influence
du diabète sur les suites des traumatismes et des
opérations.

Vu : *Le président,*
LÉPINE.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
CROLAS.

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
E. CHARLES.

